



**University of
Zurich^{UZH}**

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2021

Spiritual Care und chronischer Schmerz: die Sicht von Fachpersonen: eine qualitative Untersuchung

Rettke, Horst ; Naef, Rahel ; Rufer, Michael ; Peng-Keller, Simon

Abstract: Chronischer Schmerz ist ein komplexes Phänomen, das alle Lebensdimensionen betrifft: die psychische, soziale und spirituelle nicht weniger als die physische. Diesem Umstand muss in der Behandlung dieser Patientengruppe Rechnung getragen werden. Wir untersuchten, an welche Voraussetzungen dafür im Deutschschweizer Raum bereits angeknüpft werden kann. An fünf Studienzentren wurden insgesamt 34 Fachpersonen in interprofessionell gemischten Fokusgruppen dazu interviewt, welche spirituellen Anliegen und Bedürfnisse von Patient/-innen mit chronischen Schmerzen sie wahrnehmen und wie diese im Behandlungsprozess berücksichtigt werden können. Eine thematische Analyse zeigte drei Kernthemen: die Relevanz spiritueller Aspekte in der multimodalen Schmerztherapie, handlungsleitende Überzeugungen und die Kompetenz zu Spiritual Care. Die Befragten waren der spirituellen Thematik gegenüber generell aufgeschlossen. Aus ihrer Sicht stellt die Integration spiritueller Anliegen und Bedürfnisse im Behandlungsprozess einen Mehrwert für die Behandlungsqualität in dieser Patientengruppe dar. Dies konsequent umzusetzen, stellt sie jedoch vor teilweise ungelöste Herausforderungen. Hier braucht es Befähigung und institutionelle Unterstützung, um Spiritual Care den entsprechenden Raum zu geben.

DOI: <https://doi.org/10.1515/spircare-2019-0072>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-199978>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Rettke, Horst; Naef, Rahel; Rufer, Michael; Peng-Keller, Simon (2021). Spiritual Care und chronischer Schmerz: die Sicht von Fachpersonen: eine qualitative Untersuchung. *Spiritual Care*, 10(1):42-52.

DOI: <https://doi.org/10.1515/spircare-2019-0072>

Originalia

Horst Rettke, Rahel Naef, Michael Rufer und Simon Peng-Keller

Spiritual Care und chronischer Schmerz: Die Sicht von Fachpersonen. Eine qualitative Untersuchung

Spiritual Care and Chronic Pain: Health Care Professionals' View. A Qualitative Study

<https://doi.org/10.1515/spircare-2019-0072>

Zusammenfassung: Chronischer Schmerz ist ein komplexes Phänomen, das alle Lebensdimensionen betrifft: die psychische, soziale und spirituelle nicht weniger als die physische. Diesem Umstand muss in der Behandlung dieser Patientengruppe Rechnung getragen werden. Wir untersuchten, an welche Voraussetzungen dafür im Deutschschweizer Raum bereits angeknüpft werden kann. An fünf Studienzentren wurden insgesamt 34 Fachpersonen in interprofessionell gemischten Fokusgruppen dazu interviewt, welche spirituellen Anliegen und Bedürfnisse von Patient/-innen mit chronischen Schmerzen sie wahrnehmen und wie diese im Behandlungsprozess berücksichtigt werden können. Eine thematische Analyse zeigte drei Kernthemen: die Relevanz spiritueller Aspekte in der multimodalen Schmerztherapie, handlungsleitende Überzeugungen und die Kompetenz zu Spiritual Care. Die Befragten waren der spirituellen Thematik gegenüber generell aufgeschlossen. Aus ihrer Sicht stellt die Integration spiritueller Anliegen und Bedürfnisse im Behandlungsprozess einen Mehrwert für die Behandlungsqualität in dieser Patientengruppe dar. Dies konsequent umzusetzen, stellt sie jedoch vor teilweise ungelöste Herausforderungen. Hier braucht es Befähigung und institutionelle Unterstützung, um Spiritual Care den entsprechenden Raum zu geben.

Schlüsselwörter: Spiritual Care, chronischer Schmerz, Gesundheitsfachpersonen, Fokusgruppen

Abstract: Chronic pain is a complex phenomenon affecting all dimensions of life: mental, social and spiritual

***Korrespondenzautor:** Horst Rettke, UniversitätsSpital Zürich – Zentrum Klinische Pflegewissenschaft, E-Mail: horst.rettke@uzh.ch
Rahel Naef, Universitätsspital Zürich, Zentrum Klinische Pflegewissenschaft.

Michael Rufer, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.

Simon Peng-Keller, Professur für Spiritual Care, Universität Zürich.

not less than physical. Whilst treating this group of patients, this must be taken into account. We examined which conditions influence this phenomenon in German-speaking Switzerland. At five study centres, 5 interprofessional focus groups comprising a total of 34 health care professionals were interviewed regarding their awareness of spiritual concerns and needs within this patient group and how these may be accommodated in the therapeutic process. A thematic analysis revealed three key issues: the relevance of spiritual dimensions in multimodal pain therapy, action-guiding convictions, and spiritual care skills. Respondents were generally open-minded about spiritual issues. From their point of view, integrating spiritual concerns and needs into the treatment process adds value to the quality of care for this patient group. Consistent implementation, however, poses some so far unresolved challenges. Qualification and institutional support are required to provide appropriate room to spiritual care.

Keywords: Spiritual care, chronic pain, health personnel, focus groups

Einleitung

Chronischer Schmerz ist ein global auftretendes Phänomen, von dem etwa 20 % aller Erwachsenen weltweit (Ho & Nair 2018) und in Europa (Breivik et al. 2006) betroffen sind. Definiert wird chronischer Schmerz als ein andauernder oder wiederkehrender Schmerzzustand, der drei Monate und länger anhält, dessen Ätiologie nicht immer offensichtlich ist und der als eigenständige Krankheit klassifiziert wird (Treede et al. 2015; Mills et al. 2019). Chronische Schmerzen greifen tief in das Leben Betroffener und schränken sie erheblich in den Alltagsaktivitäten ein (O'Brien & Breivik 2012; Treede et al. 2015). Zudem vermag er existenzielle Erschütterungen auszulösen, sodass sich Betroffene ihr Leben neu aufbauen und der Schmerz-

erfahrung darin einen Platz zuweisen müssen (Bozzaro & Frede 2018). Spiritualität wird dabei als ein Faktor beschrieben, der in der Wahl und Entwicklung individueller Bewältigungsstrategien eine wesentliche Rolle spielt (Wachholtz & Pearce 2009; Garschagen et al. 2015).

Chronischer Schmerz stellt nicht nur Patient/-innen, sondern auch die sie behandelnden Fachpersonen vor grosse Herausforderungen (Koesling et al. 2019). Er verlangt ein Erweitern des bei akutem Schmerz gängigen Fokus der Suche nach Schmerzursachen um den Aspekt der subjektiven Auswirkungen für die Betroffenen (Mills et al. 2016). Ein multimodaler Therapieansatz verfolgt hier das Ziel, sämtliche Lebensdimensionen einzubeziehen, die das Schmerzerleben und den Umgang damit beeinflussen (Clauw et al. 2019). Das in diesem Zusammenhang leitende biopsychosoziale Krankheitsverständnis sieht chronischen Schmerz als multidimensionales Geschehen, in welchem körperliche, psychische und soziale Faktoren ineinanderwirken (Gatchel et al. 2007). Diese Sichtweise stellt einen erheblichen Fortschritt dar, birgt jedoch zwei Probleme. Zum einen gibt es in der Literatur Hinweise, dass sich der biopsychosoziale Behandlungsansatz bislang noch nicht durchgehend etablieren konnte (vgl. Ojala et al. 2015). Zum anderen bleibt die spirituelle Dimension im Hinblick auf ein umfassendes Krankheitsverständnis und Behandlungskonzept hier unberücksichtigt (Siddall et al. 2015), obwohl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits seit 1984 empfiehlt, die spirituelle Dimension in alle Bereiche der Gesundheitsversorgung einzubeziehen (World Health Organization 1984; Peng-Keller 2019b).

Im Anschluss an die bisherige Forschungsdiskussion (Peng-Keller 2017 b; Peng-Keller 2019 a) gingen wir im Rahmen unseres Forschungsprojekts davon aus, dass Spiritualität religiöse und nichtreligiöse Überzeugungen, Erfahrungen, Haltungen und Praktiken umfasst, die mit einer Sinnorientierung besonderer Qualität verknüpft sind. Spirituelle Überzeugungen und Praktiken verorten das eigene Leben in einem Sinnzusammenhang umfassender Art. Obgleich es bereits mehrere Studien gibt, die die Bedeutung von Spiritualität für diese Patientengruppe untersuchten und bestätigten (Keefe et al. 2001; Rippentrop et al. 2005; Wachholtz & Keefe 2006; Wachholtz et al. 2007; Büssing et al. 2010; Büssing et al. 2013), ist bisher wenig zur Integration spiritueller Anliegen und Bedürfnisse im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzepts bekannt. Um insbesondere die Situation in der Deutschschweiz berücksichtigen zu können, interviewten wir im Rahmen eines grösseren Forschungsprojekts sowohl Fachpersonen als auch Patient/-innen. Im vorliegenden Beitrag stellen wir ausschliesslich Resultate aus der Interviewserie mit Fachpersonen vor.

Ziel der vorliegenden Publikation ist es zu evaluieren, welche spirituellen Anliegen und Bedürfnissen von Patient/-innen mit chronischen Schmerzen Fachpersonen wahrnehmen und wie diese in einen multimodalen Behandlungsprozess integriert werden können.

Methode

Wir führten eine qualitativ-explorative Studie mit Fachpersonen an fünf Studienzentren in der Deutschschweiz durch, an denen Patient/-innen mit chronischen Schmerzen behandelt werden. Der qualitative Ansatz eignet sich, um Phänomene im Kontext ihres Erscheinens zu explorieren und deren Bedeutung aus der Sicht der Beteiligten heraus zu verstehen (Creswell 2017).

Setting und Teilnehmende

Um die Bandbreite der unterschiedlichen Behandlungssettings von Personen mit chronischen Schmerzen abzubilden, wurden gezielt entsprechende Einrichtungen angefragt. Die teilnehmenden fünf Studienzentren charakterisierten sich wie folgt: eine Rehabilitationseinrichtung u. a. mit psychosomatischer Spezialisierung, eine Fachklinik mit christlich-religiösem Hintergrund, eine Facharztpraxis für Rheumatologie und Schmerzbehandlung, ein Schmerzzambulatorium an einem Akutspital der Tertiärversorgung, eine Spezialklinik für Akutbehandlung und Rehabilitation. Fachpersonen konnten teilnehmen, wenn sie primär in die Betreuung und Behandlung dieser Patientengruppe eingebunden waren und folgende Kriterien erfüllten: Ausbildung entweder als Ärztin bzw. Arzt, klinische Psychologin bzw. Psychologe, Physiotherapeut/-in, Ergotherapeut/-in oder diplomierte Pflegefachperson, Mindestalter von 18 Jahren und berufliche Erfahrung mit der Patientengruppe von mindestens einem Jahr.

Rekrutierung

In eine multimodale Behandlung sind in der Regel Mitglieder unterschiedlicher Berufsgruppen eingebunden (Arnold et al. 2014), die fallbezogen miteinander im Austausch stehen. Diesem Umstand sollte in der Rekrutierung Rechnung getragen werden. Die ärztliche Leitung jedes Studienzentrums oder eine von ihr beauftragte Person informierte Fachpersonen der entsprechenden Berufsgruppen und händigte bei Interesse die Studieninformation aus. Dabei berücksichtigte sie die berufsgruppenbezogene

Durchmischung und eine maximale Gruppengröße von 12 Teilnehmenden. Bei definitiver Teilnahme wurde der Interviewleitfaden zur individuellen Vorbereitung vorgängig abgegeben (s. Abb. 1).

Datensammlung

Wir entschieden uns für Fokusgruppeninterviews, weil sie aufgrund der Interaktionen zwischen den Teilnehmenden auch latente Meinungen zur Sprache zu bringen (Kitzinger 1994; Morgan 1996; Plummer-D'Amato 2008; Jayasekara 2012). In einem Studienzentrum fand aufgrund der Größe lediglich ein Einzelinterview statt. Mitglieder der übergeordneten Projektgruppe entwickelten den Interviewleitfaden gemeinsam (s. Abb. 1). In der Annahme, dass manche Teilnehmende „spirituell“ ausschließlich als „religiös“ auslegen könnten, haben wir mit dem Beifügen des Begriffs „existenziell“ in Frage 1 versucht, eine breitere Ausgangslage für die Interviewteilnahme zu schaffen.

Frage 1
Inwieweit halten Sie existenzielle und spirituelle Anliegen und Fragen in der Behandlung von chronischen Schmerzen für bedeutsam?

Frage 2
Wann und wie sollten Ihrer Meinung nach Patientinnen und Patienten zu diesem Thema angesprochen werden? Was müssten Fachpersonen aus Ihrer Sicht dabei unbedingt beachten?

Frage 3
Welche Aspekte sollten in diesem Zusammenhang Ihrer Meinung nach unbedingt angesprochen werden und welche besser nicht?

Frage 4
Was könnten Patientinnen oder Patienten zu einem sinnvollen Gespräch beitragen?

Abbildung 1: Interviewleitfaden Fachpersonen

Die Moderation der Fokusgruppeninterviews planten eine Theologin und ein Pflegewissenschaftler gemeinsam. Beide brachten klinische Erfahrung sowie Expertise in Interviewführung ein und ergänzten sich mit ihrem jeweiligen Hintergrund. Anschließend an jedes Fokusgruppeninterview evaluierten sie den Verlauf, die Gruppendynamik sowie erwartete und unerwartete Interviewbeiträge. Das Einzelinterview moderierte nur eine Person, in einem anderen Studienzentrum war die zweite Person verhindert. Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet und dann von einer qualifizierten Drittperson transkribiert. Die Teilnehmenden sprachen entweder Deutschschweizer Dialekt oder Hochdeutsch. Zur Transkription wurden die Beiträge mundartnah in Hochdeutsch umgewandelt, wobei dem Gehalt der ursprünglichen Aussage Rechnung getragen wurde.

Datenanalyse

Die Methode der Thematischen Analyse (Braun & Clarke 2006) diente zur Aufschlüsselung der Interviews. Sie gilt als einfach anwendbare Methode (Braun & Clarke 2006), mit der dennoch die Bedeutung hinter den einzelnen Interviewbeiträgen herausgearbeitet werden kann (Javadi & Zarea 2016). Die Transkripte wurden wiederholt gelesen und die einzelnen Interviewbeiträge thematisch kodiert. Im Anschluss wurden die Codes zu Themen gebündelt, die in der Folge zu drei Kernthemen zusammengefasst und thematisch dargestellt wurden (Abbildung 2). Die den Codes, den Themen und den Kernthemen zugeordneten Interviewbeiträge blieben dabei im Originaltext erhalten und illustrieren so den Inhalt der Themen und Kernthemen. Zur Rücküberprüfung auf Vollständigkeit und Schlüssigkeit wurden alle Transkripte nochmals in toto gelesen und dabei mit der thematischen Darstellung abgeglichen. Der Pflegewissenschaftler führte die Analyse durch und diskutierte die jeweiligen Ergebnisse wiederholt mit einer weiteren Pflegewissenschaftlerin und einem Theologen. Beide waren nicht an den Interviews beteiligt, aber mit Teilen der Transkripte vertraut. Diese Diskussionen dienten dazu, die interpretativen Entscheidungen kritisch zu prüfen und die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse zu untermauern (Lincoln 1995; Shenton 2004). Ankerbeispiele aus Interviewbeiträgen unterstützen die Bestätigbarkeit (confirmability) der Daten (Nowell et al. 2017).

Teilnahme

Insgesamt nahmen 34 Fachpersonen an fünf Studienzentren teil. Die soziodemografischen Angaben sind in Tabelle 1 abgebildet. Das breiteste Altersspektrum sowie die ausgeprägteste und ausgewogenste Durchmischung an Berufsgruppen wiesen die Teilnehmenden der Rehabilitationsklinik auf. Die reine Diskussionszeit betrug in den Fokusgruppen etwa 75, die Befragungszeit im Einzelinterview 26 Minuten.

Tabelle 1: Soziodemographische Daten (N=34)

Geschlecht	n	23	68 %
weiblich			
Alter in Jahren	\bar{x}	46.7	± 9.501 , 24-61
Berufliche Erfahrung in Jahren	\bar{x}	8.75	± 6.61 , 0.5-28 ^a
Berufsgruppe	n	13	38 %
Arzt/Ärztin			
Pflege	n	7	21 %
Psychologie	n	7	21 %



Abbildung 2 Thematische Darstellung

Tabelle 1: (fortgesetzt)

	Physiotherapie	n	3	9 %
	Ergotherapie	n	1	3 %
	Andere ^b	n	3	9 %
Anzahl Teilnehmende	Fokusgruppen	\bar{x}	8.25	5-11
	Einzelinterview	n	1	
Glaubensgemeinschaft	röm.-kath.	n	8	23.5 %
	evang.-ref.	n	8	23.5 %
	andere christl.	n	10	29 %
	jüdisch	n	0	0 %
	islamisch	n	0	0 %
	andere	n	1	3 %
	konfessionslos	n	7	21 %

^a Die Erfahrung von <1 Jahr schloss eine Teilnahme zwar aus, der Fehler wurde jedoch erst nach Abschluss des Fokusgruppeninterviews entdeckt

^b Atem- und Körpertherapie, Musiktherapie, Sekretariat

Resultate

Die Ergebnisse aller Interviews lassen sich drei Kernthemen zuordnen:

(1) „*Was muss ich?*“ Relevanz spiritueller Aspekte für eine multimodale Schmerztherapie – Hier evaluieren Teilnehmende, ob und inwieweit ihr beruflicher Auftrag den Einbezug der spirituellen Dimension einschließt.

(2) „*Was will ich?*“ Handlungsleitende Überzeugungen – Dabei geht es um handlungsleitende Überzeugungen und den eigenen Standpunkt zu Spiritualität bzw. zu deren Integration in den Behandlungsprozess.

(3) „*Was kann ich?*“ Professionelle Kompetenz – Schließlich geht es um die professionellen Kompetenzen

im Berücksichtigen spiritueller Anliegen, d. h. inwieweit diese Kompetenzen bereits vorhanden sind oder fehlen (vgl. Abbildung 2).

1 „*Was muss ich?*“ Relevanz spiritueller Aspekte für eine multimodale Schmerztherapie

Im ersten Kernthema reflektieren Teilnehmende die klinische Relevanz und Signifikanz von Spiritualität in der Behandlung von Patient/-innen mit chronischen Schmerzen. In diesem Zusammenhang überdenken sie ihre berufliche Rolle. Zwei Unterthemen lassen sich unterscheiden: Das erste fasst zusammen, wie sie Patientinnen und Patienten in ihrem Krankheitserleben wahrnehmen. Im zweiten Unterthema geht es um die Frage, wie die genannten Aspekte in einer multimodalen Behandlung zum Tragen kommen können.

1.1 Leiden und spirituelle Sinnfindung im Kontext chronischer Schmerzen

Fachpersonen erleben, dass betroffene Patient/-innen unter der komplexen Schmerzsymptomatik leiden und damit bis an ihre äußersten Grenzen belastet sein können. Es entsteht ein Bild fundamentaler Erschütterung, das sich durch hinzukommende wirtschaftliche und soziale Probleme, wie z. B. anhaltende Arbeitsunfähigkeit, Einkommensverluste und Beziehungsbrüche, als ausweglos darstellt: „Nichts hilft mehr, es geht nur abwärts im Leben“ (4, 00:22:28)¹. Nicht allein der Körper schmerzt: „Viele

¹ Der Code bezeichnet das Studienzentrum und den Zeitpunkt der Aussage im Interview.

chronische Schmerzpatienten haben auch einen Seelenschmerz“ (5, 00:11:53). Es überrascht sie nicht, dass Patient/-innen in dieser Situation grundsätzliche Fragen nach dem Warum und Wozu stellen, die nach Meinung der Teilnehmenden in der multimodalen Behandlung berücksichtigt werden müssten: „Die ganzen ‚Warum-Fragen‘ sind für mich auch Sinnfragen. Aus dem Grund finde ich es wichtig, (sie) zu thematisieren [...]. Aber, wenn man (den chronischen Schmerz) dann einordnen kann in eine Biografie und es so Sinn macht, dann ist die Therapie viel einfacher. Oder sinnvoller“ (1, 00:01:32; 00:04:39).

Fachpersonen nehmen wahr, dass Patient/-innen selbst nach Antworten suchen, um ihren chronischen Schmerz in einen für sie logischen Zusammenhang stellen zu können. Manche vermuten die Ursache in Substanzen oder Umständen wie z.B. ein früherer Infekt, Berührung mit Giften oder Strahlungen. Andere interpretieren ihr Leiden als Schuld oder Bestrafung: „Und sie sehen dann auch den Sinn darin, dass sie leiden. Es hat einen Grund. Und sie sehen das so wie ihren Märtyrerweg, dass es halt so ist und dass sie halt so bleiben müssen“ (1, 00:09:06). Dabei ist den Fachpersonen die Zweischneidigkeit dieser Interpretation bewusst, weil sie nicht nur belasten, sondern jeden Versuch vereiteln kann, die eigene Situation zu verbessern: „Das müsste man irgendwie rausfinden können, um das aufzulösen und diese Belastung wegnehmen zu können. Oder um den Patienten einen Weg daraus zu weisen“ (5, 00:51:41).

Neben einer Suche nach Erklärung erleben Fachpersonen ebenso die Suche nach Linderung, manchmal auch jenseits des medizinisch-therapeutischen Behandlungsprozesses. Eine Entscheidung für alternative Therapien trifft bei den Teilnehmenden auf Verständnis: „Aber es gibt durchaus auch Patienten, die sagen: [...] ‚Ich suche mir meinen eigenen Weg‘. Was ich voll akzeptiere und sage: machen Sie das, und meine Türen sind aber immer offen, wenn Sie das Gefühl haben, Sie kommen nicht weiter, dann kommen Sie bitte wieder und dann gehen wir den Weg zusammen“ (3, 00:04:55). Hingegen nehmen sie eine kritische Haltung ein, wenn sie annehmen müssen, dass der Lösungsversuch nachteilige Auswirkungen haben kann. Kommt z.B. Geistheilung ins Spiel, befürchten sie missbräuchliches Schüren von Hoffnung auf Kosten der Patient/-innen.

1.2 Einbindung der spirituellen Dimension in eine multimodale Schmerztherapie

Spirituelle Anliegen nehmen für Fachpersonen einen wichtigen Platz ein: „Ich finde es einen ganz bedeutsamen

Aspekt bei chronischen Schmerzen, immer wieder auch die existenziellen und spirituellen Dimensionen mit zu erfragen oder mit zu erfassen“ (2, 00:04:12). Spiritualität kann gerade durch die Leidenserfahrung an Relevanz gewinnen: „(Ich habe) den Eindruck, dass gerade Menschen in Extremsituationen sehr häufig dann zu einer gewissen Spiritualität finden, ihren Glauben, meinetwegen, auch wieder neu entdecken“ (5, 00:04:43).

Viele Teilnehmende halten ein Integrieren der spirituellen Dimension in den Behandlungsprozess auch für grundsätzlich machbar. Jedoch waren sich die Teilnehmenden weder sicher, noch einig, wie der Begriff ‘Spiritualität’ oder ‘spirituelle Dimension’ genau auf den Punkt zu bringen ist. Aus ihrer Sicht ist es eine unbestritten wichtige Ressource, die Stärke und Halt geben kann. Dabei werden auch Ambivalenzen laut: „Spiritualität ist nicht an sich einfach gut. Also es kann auch hinderlich sein, wenn es zu dogmatisch, ideologisch daherkommt“ (1, 00:13:51).

Mehrere Teilnehmende machen Spiritualität vor allem an den religiösen Haltungen und Praktiken ihrer Patient/-innen fest. Durch sie erfahren diese Entlastung und können, z.B. aus dem Gebet, Kraft und Hoffnung schöpfen. Dabei setzen Fachpersonen Spiritualität durchaus in einen größeren Rahmen, weil sonst viele Betroffene automatisch ausgeklammert wären: „Spirituell heißt ja eben nicht nur religiös, sondern es ist die Frage der Sinnhaftigkeit“ (4, 00:37:30). Fachpersonen betonen, dass auch eine auf nicht-religiöse Überzeugungen beruhende Spiritualität berücksichtigt werden sollte. Berücksichtigen beschreiben Teilnehmende als unterstützen im Prozess: „Wo können wir Hilfe bieten, wo müssen (Patient/-innen) auch selber vorwärts kommen in diesen Fragen“ (2, 00:43:43)?

Nach Auffassung der Teilnehmenden geht es in der spirituellen Thematik auch darum, die betroffenen Personen zu Reflexion, Einsicht und Veränderung einzuladen. Hier tritt das vorhandene Maß an Veränderungsbereitschaft der Patient/-innen kritisch hervor. Jedoch bleibt in den Interviewbeiträgen offen, was einer mangelnden Bereitschaft zu Grunde liegen könnte: fehlender Wille, fehlende Energie oder gar Frustration aufgrund der bisherigen Erfahrungen im Behandlungsprozess. Es kommen zur Hilfestellung durchaus pragmatische Überlegungen zum Tragen, damit Patient/-innen ihr durch chronischen Schmerz erschüttertes Leben wieder zu einem Ganzen zusammenfügen können: „Spiritualität, oder das was wir jetzt da alles darunter gefasst haben, ist wie der Klebstoff zwischen Fakten“ (1, 00:58:29). Dies könnte, neben anderem, der Aufenthalt in der Natur sein oder das Ausrollen des Gebetsteppichs.

Die Legitimation spiritueller Anliegen erkennen die Teilnehmenden grundsätzlich an. Ob sie damit aber kon-

sequent in der Betreuung und Behandlung berücksichtigt werden müssen, bleibt umstritten. Dies wird auch an der Erwartungshaltung der Patient/-innen festgemacht. Ein Teilnehmer sagt, er habe im Vorfeld dieser Studie begonnen, diese auf ein mögliches Bedürfnis anzusprechen, Spiritualität im Behandlungsprozess zu thematisieren: „Dann haben sie gesagt, das würde sie wundern, wenn sie zum Arzt gehen und der Arzt würde mit ihnen so ein Thema besprechen“ (3, 00:07:15). Er schließt jedoch nicht aus, dass manche Betroffenen vielleicht doch hoffen, dass die behandelnden Berufskolleg/-innen die Thematik von sich aus ansprechen.

2 „Was will ich?“ Handungsleitende Überzeugungen

Im zweiten Kernthema geht es in zwei Unterthemen um die Haltung der Fachperson zur eigenen Spiritualität und um die Rolle der eigenen Überzeugungen im multimodalen Behandlungsprozess. Beides ist aus Sicht der Teilnehmenden klärungsbedürftig in der Frage, inwieweit die eigenen mit den spirituellen Überzeugungen und Praktiken der Patient/-innen in Berührung kommen sollen oder dürfen.

2.1 Klären der eigenen Haltung

Patient/-innen mit chronischen Schmerzen bringen ein komplexes Krankheitsbild mit und stellen Fachpersonen vor Herausforderungen. Offen äußert sich ein Teilnehmer: „Meistens ist ein bisschen Gestöhne, wenn jemand mit chronischen Schmerzen angemeldet wird. Also, dass die gar nicht so beliebt sind, die Patienten“ (2, 01:14:13). Sich den Herausforderungen auch in spirituellen Fragen zu stellen, erfordert grundsätzliche Bereitschaft, sich auf diese Patient/-innen und ihre Themen gesamthaft einzulassen. Fehlt die Bereitschaft, werden spirituelle Anliegen und Bedürfnisse von vornherein ausgeschlossen. Oder die spirituelle Dimension wird von vornherein als nicht zum Berufsfeld gehörend angesehen: „Und wahrscheinlich scheuen sich auch viele, weil sie sagen, das geht zu weit. Das hat nichts mit meinem Beruf zu tun“ (5, 00:43:10). Diese Haltung mag durch eine schulmedizinisch orientierte Ausbildung verstärkt sein, die das Handlungsspektrum auf körperliche Symptome fokussiert.

Ein gutes Verständnis der eigenen Spiritualität beschreiben Teilnehmende in diesem Zusammenhang als

unabdingbare Voraussetzung: „Ich merke, es braucht, dass man es für sich selber einmal geklärt hat [...] Wenn ich bei mir nicht klar bin, kann ich auch gegen außen nicht klar sein“ (5, 00:54:03). Es braucht aus der Sicht vieler Teilnehmender die Bereitschaft, sich auf ein Reflektieren, Suchen und Lernen hinsichtlich der eigenen Spiritualität einzulassen.

2.2 Die Rolle eigener Überzeugungen

Interessierte Offenheit gegenüber spirituellen Anliegen ist notwendig. Das bedeutet aber nicht, dass Fachpersonen die Überzeugungen der Patient/-innen auch teilen müssten. Zeigt sich, dass deren Wertevorstellungen mit jenen der Fachperson in unversöhnlichem Kontrast zueinander stehen, kann sich die Fachperson genötigt fühlen, Stellung zu beziehen: „Eben die Offenheit und Neutralität, die stimmt natürlich nicht ganz. Also wenn jemand ein Gottesbild oder eine Idee hat, dass man Kinder schlagen muss und Frauen missbrauchen, dann würde ich sagen: Nein! Also da würde ich mich schämen, eine Neutralität offen zu halten“ (1, 00:41:04). Inwieweit Neutralität wirklich möglich ist, stellt ein anderer Teilnehmer zur Diskussion: „Die Religion zeigt sich ja auch in unserer Erziehung, in den Grundwerten [...] Von dort her ist es gar nicht möglich, irgendwie Neutralität zu schaffen. Wir sind geprägt durch die Erziehung, auch durch die Kultur. Dass wir einen gewissen religiösen Kontext unbewusst leben“ (5, 00:47:55).

Andererseits diskutierten die Teilnehmenden, ob eigene spirituelle Überzeugungen und Anschauungen Raum im Betreuungs- und Behandlungsprozess haben sollten. Der allgemeine Tenor ist, hier wohlüberlegte Zurückhaltung zu üben: „Und da bin ich auch immer wieder am Suchen: Wieviel sage ich da auch von mir? Wo halte ich mich da auch sehr zurück? Aber das finde ich einen ganz anspruchsvollen Umgang, sehr herausfordernd“ (2, 00:27:42). Manche Teilnehmenden ziehen es vor, den eigenen Standpunkt zu offenbaren, weil sie denken, dass Patient/-innen es schätzen. Einige sind sich die Befragten, dass eine Fachperson keinesfalls versuchen darf, ihre Ansichten und Überzeugungen überzustülpen.

3 „Was kann ich?“ Professionelle Kompetenz

Das dritte Kernthema behandelt die erforderlichen Kompetenzen, um spirituelle Anliegen und Bedürfnisse im multimodalen Behandlungsprozess integrieren zu kön-

nen. Im ersten Unterthema geht es um die Kompetenz zum Erheben und Erkunden spiritueller Bedürfnisse. Im zweiten Unterthema geht es um die Kompetenz, spirituelle Aspekte aktiv einzubeziehen, spirituelle Belastungen zu mildern und spirituelle Ressourcen zu stärken.

3.1 Die Kompetenz zum Erheben spiritueller Bedürfnisse

Mit Blick auf eine umfassende multimodale Behandlungsplanung gilt es einzuschätzen, ob und in welchem Umfang spirituelle Anliegen und Bedürfnisse bei individuellen Patient/-innen vorhanden sind. Als ebenso wichtig wird erachtet, ob diese es selbst als wichtig erachten, diese Anliegen in ihrer Betreuung und Behandlung berücksichtigt zu wissen. Ein Teilnehmer fragt treffend: „Erkennen wir das, was der Patient mitbringt“ (5, 01:08:43)? Mit diesem Wissen kann eine gemeinsame Grundlage geschaffen werden, von der aus es möglich ist, mit Patientinnen und Patienten in ihrer komplexen Situation zu arbeiten. Zentral sind hier die Ressourcen, über die eine Person verfügt. Eine Teilnehmerin beschreibt, dass sie dazu nicht zwingend die Frage nach Spiritualität in den Vordergrund stellt, jedoch grundsätzlich eine Offenheit zeigt, damit solche Themen geäußert werden können: „Also ich frage zum Beispiel gar nicht nach Religion oder Spiritualität, aber es wird sehr oft Thema bei mir“ (1, 00:31:50).

Mögliche spirituelle Ressourcen schließen jene Deutungsmodelle ein, mit denen Patient/-innen versuchen, ihr Leben mit chronischen Schmerzen in einen für sie logischen und sinnvollen Zusammenhang zu stellen. Dies gibt ihnen Antworten auf das Warum und Wozu der Krankheitserfahrung und kann ihnen helfen, chronische Schmerzen besser auszuhalten. Aus der Perspektive der Fachpersonen können Deutungsmodelle sowohl unterstützend als auch belastend sein. Sie berichten, dass manche Personen z. B. davon überzeugt sind, ihr Leiden stelle eine Sühne für frühere Verfehlungen dar. Andere glauben, dass sich eine Linderung deshalb nicht einstellt, weil sie persönlich in ihrem Leben etwas versäumen. Für Fachpersonen ist es relevant, solche Deutungsmuster zu erkennen: „Und wenn ich die nicht erfrage, rede ich an ihnen vorbei“ (2, 00:05:10).

In Abwesenheit eines formalen spirituellen Assessments betonen Fachpersonen hier das offene Ohr gegenüber ihren Patient/-innen und das auch nonverbale Signalisieren, spirituellen Anliegen und Bedürfnissen Raum gewähren zu wollen. Eine offene, einladende Frage passt nach Ansicht der Befragten fast immer. „Was gibt Ihnen Halt?“ (1, 00:36:46) wäre aus Sicht einer Teilnehmerin eine

geeignete Frage, die sie auch bereits im Eintrittsgespräch stellen könnten. Einige halten es für verfrüht, bereits in diesem Moment diese Fragen zu stellen. Aus ihrer Sicht muss das erforderliche Vertrauensverhältnis erst noch aufgebaut werden. Andere halten dagegen, dass ein früher Zeitpunkt erlaubt, spirituelle Anliegen und Bedürfnisse zeitig in den Betreuungs- und Behandlungsprozess einbauen zu können. Ein Teilnehmer gibt zu bedenken, dass eine nonverbale Verbindung zwischen Patient/-innen und Fachperson stets wechselseitig ist, sei dies nun Vertrauen oder Sympathie: „Wenn der Patient sich nicht wohlfühlen würde, würde er es ja nicht deponieren“ (1, 00:46:45).

3.2 Die Kompetenz zum therapeutischen Einbezug spiritueller Aspekte

Teilnehmende berichten von Patient/-innen, die spirituellen Themen keinen Platz im Betreuungs- und Behandlungsprozess einräumen möchten. Einige suchen sich eigene Räume und Orte für ihre spirituellen Themen, andere wiederum schließen Spiritualität für sich selbst aus: „(Spiritualität) ist kein Muss, es ist eine mögliche Ressource. Aber ich kann nicht von jedem Patienten eine Spiritualität erwarten oder diese auch erzeugen oder mit einer arbeiten, die nicht da ist“ (5, 00:36:17). Auch kann der Zugang zur spirituellen Dimension vorübergehend versperrt sein. Wirtschaftliche Sorgen durch Arbeitsunfähigkeit oder gar Erwerbslosigkeit und sozialer Kummer drücken schwer und drängen sich in den Vordergrund, auch wenn sie Folgen des Leidens an chronischen Schmerzen sind.

Mit einer neutralen Haltung scheint es vielen Teilnehmenden weniger problematisch, spirituelle Anliegen und Bedürfnisse zu berücksichtigen. Ein Teilnehmer zieht den Schluss, dass es hier grundsätzlich um empathischen Beistand geht, den Fachpersonen aufgrund ihrer beruflichen Qualifikation und ihres Auftrags durchaus zu leisten im Stande sind. Die kritische Grenze verläuft nach Ansicht der Teilnehmenden zwischen einem generellen und einem spezialisierten Beistehen: „(Jede Fachperson) kann ja mit dem Patienten diese Themen besprechen. Aber es geht halt um die Tiefe. Wenn die Patient/-innen sich dann wirklich in diesem Thema vertiefen möchten und länger darüber sprechen, dann bin ich schon nicht die richtige Person“ (1, 00:29:27). An dieser Grenze wird die Seelsorge verortet und die Frage diskutiert, inwieweit hier ein fremdes Berufsfeld beschritten wird. Die Diskussion verläuft dahingehend, dass es der Fachperson durchaus möglich wäre, den Raum für spirituelle Themen zu eröffnen, sie dann aber gegebenenfalls an Spezialist/-innen, die Seelsorge, weiterverweisen müsste.

Ein wiederholt auftauchender Diskussionspunkt ist der passende strukturelle Rahmen, um das Einbinden spiritueller Anliegen und Bedürfnisse nicht von vornherein zu erschweren. Doch neben der notwendigen organisatorischen Unterstützung bleibt ein proaktiver Ansatz der Fachperson unverzichtbar: „Wie kann ich als Behandler den Raum schaffen, dass sich ein Schmerz betroffener auf den Raum (spiritueller Themen) einlässt“ (5, 01:01:10)?

Diskussion

Die Interviewbeiträge der insgesamt 34 Fachpersonen an fünf Studienzentren beleuchten unterschiedliche Aspekte in der Thematik spiritueller Anliegen und Bedürfnisse von Patient/-innen mit chronischen Schmerzen und der Möglichkeiten, sie im multimodalen Behandlungsprozess aufzunehmen. Die Diskussion der Ergebnisse orientiert sich an den Kernthemen (s. Abbildung 2).

a) „Was muss ich?“ Relevanz spiritueller Aspekte für eine multimodale Schmerztherapie

Die eingangs angeführte Feststellung, der biopsychosoziale Ansatz sei in der Betreuung und Behandlung von Menschen mit einer chronischen Schmerzerkrankung erst teilweise umgesetzt (Ojala et al. 2015), könnte vermuten lassen, dass ein Einbezug der spirituellen Dimension für die befragten Fachpersonen eher Neuland darstellt. In unserer Stichprobe zeigte sich, dass die meisten Befragten diesen Bereich auf ihre Weise schon betreten hatten. Die Befragten betrachteten spirituelle Anliegen und Bedürfnisse als real vorhanden und relevant im Rahmen des Behandlungsprozesses. Diese Sichtweise kann allerdings mit der Teilnahme am Forschungsprojekt zusammenhängen, das zu einer Auseinandersetzung mit dem Forschungsthema anregte. Auffällig war, dass die Teilnehmenden Spiritualität eher unscharf und breit gefasst umschrieben. Einige könnten sehr wohl Spiritualität als ein Konzept verstehen, das zwischen unterschiedlichen Kulturen und Überzeugungen angesiedelt ist und sich nicht auf eine bestimmte Auslegung fixieren lässt (Peng-Keller 2019 a). Bei anderen Teilnehmenden spiegelte sich in den Aussagen vielmehr die eigene konzeptuelle Unklarheit. Ob es für die Kommunikation mit Patient/-innen hilfreich ist, von einem möglichst breitgefassten Spiritualitätsverständnis auszugehen (Liefbroer et al. 2017), oder ob inhaltlich klarer gefüllte Konzepte für die Erfassung von spirituellen Bedürfnissen dienlicher sind, bedarf einer weiteren Klärung.

Von lebensbeeinträchtigenden chronischen Schmerzen betroffene Personen stellen früher oder später grundlegende Fragen nach einem Sinn ihres Leidens (Bozzaro & Frede 2018). Dieses Fragen wurde von den Teilnehmenden gehört. Offen bleibt, ob sie darauf auch konsequent einzugehen vermochten. Dies wäre jedoch ein Baustein im Verstehen der Person, um von dort ausgehend ein multimodales Schmerzmanagement anzubieten (Clauw et al. 2019), auf das sich die Patient/-innen einlassen können. Den Teilnehmenden war durchaus bewusst, dass ein monokausales Ursache-Wirkungs-Modell in der multimodalen Behandlung unbefriedigend ist. Ihren Ausführungen zufolge nahmen sie chronischen Schmerz als multifaktorielles Geschehen wahr. Ob sie darüber hinaus auch die Zusammenhänge der sich gegenseitig beeinflussenden körperlichen, psychologischen und sozialen Faktoren wahrnahmen (Gatchel et al. 2007), ging aus den Beiträgen nicht immer deutlich hervor.

b) „Was will ich?“ Handlungsleitende Überzeugungen

Die Teilnehmenden führten das Auseinandersetzen mit der eigenen Spiritualität als Kontrapunkt zu den spirituellen Anliegen und Bedürfnissen ihrer Patientinnen und Patienten ins Feld. Klarheit in Bezug auf die eigene Haltung und Überzeugungen fanden sie unumgänglich. Sie betonten, dass ihre Haltung nicht den Blick auf die Spiritualität des oder der einzelnen Betroffenen verstellen darf. Beide können sich, je nach kulturellem und religiösem Hintergrund der Fachpersonen und Patient/-innen deutlich voneinander unterscheiden. Die hier erforderliche Offenheit, Toleranz und Neutralität gegenüber der Spiritualität der Personen (Fawcett & Noble 2004) kann unter Umständen nicht einhaltbar sein, wenn Fachpersonen z. B. in Konflikt mit ihren eigenen spirituellen Werten und Überzeugungen geraten (Liefbroer et al. 2017). Kevern (2012) empfiehlt in solchen Fällen, die spirituelle Betreuung an ein anderes Mitglied des interprofessionellen Teams zu delegieren.

c) „Was kann ich?“ Professionelle Kompetenz

Ausgehend von der Bereitschaft, sich den spirituellen Anliegen und Bedürfnissen ihrer Patient/-innen prinzipiell nicht zu verschließen, leiteten die Teilnehmenden weiterführende Fragen ab: nach dem Identifizieren eines möglichen Handlungsbedarfs und dem angemessenen Umgang damit. Manche Teilnehmenden fragten im Verlauf des Be-

handlungsprozesses direkt oder indirekt nach Themen, die für Patient/-innen spirituell relevant sein könnten. Dieses Vorgehen scheint insofern zielführend, weil offen gestellte Fragen nach Hoffnung und nach dem, was im Leben trägt und inspiriert, als Signal der Bereitschaft einer Fachperson dienen können, einen Raum für spirituelle Themen in der Betreuung und Behandlung zu eröffnen und gemeinsam zu betreten (Adami et al. 2018). Andere Teilnehmende zeigten hier Zurückhaltung in der Annahme, dass Patient/-innen es nicht von ihnen erwarten, spirituelle Themen im Rahmen der Betreuung und Behandlung anzusprechen. Dies äußerten vor allem Teilnehmende der ärztlichen Berufsgruppe. Sich als mit chronischen Schmerzen lebende Person als Mensch gehört und verstanden zu wissen, stellt eine vertrauensbildende Erfahrung innerhalb der multimodalen Behandlung dar (Gjesdal et al. 2018), die berufsgruppenunabhängig aufgebaut werden kann. Im Rahmen einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung, wie sie Schweizer Ausbildungs- und Gesundheitseinrichtungen postulieren, sind auch Ärzte/-innen gleichermaßen aufgefordert, die spirituelle Dimension wo angezeigt zu berücksichtigen (Peng-Keller 2017a). In der Literatur besteht Konsens zum interprofessionellen Ansatz auch in spirituellen Belangen (Zumstein-Shaha & Alder 2018). Dies steht mit der Mehrzahl der geäußerten Sichtweisen in Einklang.

Limitationen

Obwohl in den Interviewbeiträgen das Thema Spiritualität durchaus auch kritisch beleuchtet wurde, könnte es sein, dass die Entscheidung zur Studienteilnahme durch das Forschungsthema selbst beeinflusst wurde. Dadurch wurden eventuell vermehrt Personen mit positiver Einstellung gegenüber spirituellen Themen eingeschlossen.

Aufgrund der methodisch bedingten Eingrenzung auf wenige Fokusgruppen ist nicht auszuschließen, dass bei Einschluss weiterer Gruppen und Studienzentren ein breiteres Meinungs- und Erfahrungsspektrums zutage getreten wäre. Laut Guest et al. (2017) sind allerdings drei bis sechs Fokusgruppeninterviews ausreichend, um 90 % aller Themen zu Tage zu bringen. Mit vier Fokusgruppen und einem Einzelinterview in unserer Studie können wir also davon ausgehen, dass nur ein kleiner Teil an Themen in unserer Stichprobe unentdeckt blieb.

Die in einem multimodalen Behandlungsansatz eingebundenen Fachrichtungen und Berufsgruppen (Arnold et al. 2014) waren in der interprofessionellen Zusammensetzung der Fokusgruppen abgebildet. Dabei waren allerdings einzelne Berufsgruppen wie z.B. Physiotherapie

deutlich unterrepräsentiert. Es könnte sein, dass mit einer zahlenmässig ausgeglichenen Präsenz einzelner Berufsgruppen manche Aspekte deutlicher hervorgetreten wären.

Implikationen für Praxis, Lehre und Forschung

Unsere Ergebnisse zeigen, dass es bei den Fachpersonen hinsichtlich spiritueller Anliegen und Bedürfnisse eine deutliche Offenheit gibt. Der eigentliche Handlungsbedarf hängt jedoch davon ab, inwieweit diese Anliegen und Bedürfnisse bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen vorhanden sind und ob sie es wünschen, diese im Behandlungsprozess zu berücksichtigen. Ein validiertes Instrument, mit dem möglichst unkompliziert der Bedarf an spiritueller Unterstützung einschließlich der Bereitschaft zur Integration in den Behandlungsprozess erhoben werden kann, böte dazu ein solides Fundament. Weiterführend müssten entsprechende spirituelle Interventionen entwickelt und auf ihre Anwendbarkeit und Wirksamkeit getestet werden, d. h. ob vorhandene spirituelle Belastungen abnehmen und spirituelle Ressourcen gestärkt und nutzbar werden.

Zur praktischen Umsetzung müsste Spiritualität in der Aus-, Fort- und Weiterbildung angemessen integriert werden. Hier geht es sowohl um die Klärung eigener spiritueller Werte und Überzeugungen, um einen spezifischen Wissenserwerb als auch um die Vermittlung der Kompetenz, spirituelle Anliegen und Bedürfnisse im klinischen Alltag erheben und integrieren zu können. Darüber hinaus ist die institutionelle Unterstützung wesentlich. Die Empfehlung der WHO zur Integration der spirituellen Dimension in den bisher biopsychosozialen Behandlungsansatz sollte von Gesundheitseinrichtungen konsequent aufgenommen werden.

Im klinischen Kontext drohen neue oder neu fokussierte Themen als zusätzliche Aufgabe mit den bestehenden Verpflichtungen zu konkurrieren. Spiritualität stellt jedoch einen Schlüssel dar, Patient/-innen in ihrer Schmerzsituation besser verstehen und sie in einem hilfreichen Umgang mit ihrer chronischen Schmerz Erkrankung begleiten zu können. Dieser Blickwinkel kann Fachpersonen motivieren und unterstützen, Spiritualität in den multimodalen Behandlungsprozess systematisch und kontinuierlich einzugliedern.

Autorenbeteiligungen: Alle Autoren übernehmen die volle Verantwortung für den gesamten Inhalt und die Einreichung des Manuskripts.

Forschungsförderung: Schweizerischer Nationalfonds 407440_167507 / 1

Widerstreitende Interessen: Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Einwilligungserklärung: Einwilligungserklärungen wurden von allen Studienteilnehmern eingeholt.

Erklärung zur ethischen Zulassung: In Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki wurden die Teilnehmer über das genaue Verfahren der Studie informiert und haben freiwillig teilgenommen. Die Studie wurde von der kantonalen Ethikkommission Zürich zugelassen (KEK Zürich 2017_01229).

Author contributions: All the authors have accepted responsibility for the entire content of this manuscript and approved submission.

Research funding: Swiss National Science Foundation 407440_167507 / 1

Competing interest: Authors state no potential conflict of interest.

Informed consent: Informed consent was obtained from all individuals included in this study.

Ethical approval: The research related to human use has been complied with all the relevant national regulations, institutional policies and in accordance the tenets of the Helsinki Declaration, and has been approved by the Cantonal Ethics Committee (KEK Zürich 2017_01229).

Literatur

- Adami S, Breuning M., Bengel J, Bischoff A, Peng-Keller S (2028) Chronische Schmerzpatientinnen und -patienten sprechen über ihre Spiritualität. *Spiritual Care* 7:243–253.
- Arnold B, Brinkschmidt T, Casser H-R, Diezemann A, Gralow I, Irnich D, Kaiser U, Klasen B, Klimczyk K, Lutz J, Nagel B, Pflingsten M, Sabatowski R, Schesser R, Schiltenswolf M, Seeger D, Söllner WJDS (2014) Multimodale Schmerztherapie für die Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. *Der Schmerz* 28:459–472.
- Bozzaro C, Frede U (2018) Chronischer Schmerz als Sinnkrise. *Spiritual Care* 7:263–270.
- Braun V, Clarke V (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3:77–101.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D (2006) Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain* 10:287–333.
- Büssing A, Balzat HJ, Heusser P (2010) Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer – validation of the spiritual needs questionnaire. *European Journal of Medical Research* 15:266–273.
- Büssing A, Janko A, Baumann K, Hvidt NC, Kopf A (2013) Spiritual needs among patients with chronic pain diseases and cancer living in a secular society. *Pain Medicine* 14:1362–1373.
- Clauw DJ, Essex MN, Pitman V, Jones KD (2019) Reframing chronic pain as a disease, not a symptom: rationale and implications for pain management. *Postgraduate Medicine* 131:185–198.
- Creswell JD (2017) Designing a qualitative study. In: Creswell JD (Hg.), *Qualitative inquiry & research design. Choosing among five approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications. 35–52.
- Fawcett TN, Noble A (2004) The challenge of spiritual care in a multi-faith society experienced as a Christian nurse. *Journal of Clinical Nursing* 13:136–142.
- Garschagen A, Steegers MA, van Bergen AH, Jochijms JA, Skrabanja TL, Vrijhoef HJ, Smeets RJ, Vissers KC (2015) Is there a need for including spiritual care in interdisciplinary rehabilitation of chronic pain patients? Investigating an innovative strategy. *Pain Practice* 15:671–687.
- Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC (2007) The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin* 133(4):581–624.
- Gjesdal K, Dysvik E, Furnes B (2018) Living with chronic pain: patients' experiences with healthcare services in Norway. *Nursing Open* 5:517–526.
- Guest G, Namey E, McKenna K (2017) How many focus groups are enough? Building an evidence base for nonprobability sample sizes. *Field Methods* 29:3–22.
- Ho A, Nair S (2018) Chapter nine – global chronic pain: public and population health responses. In: Buchman DZ, Davis KD (Hg.) *Developments in neuroethics and bioethics* (Bd. 1). London: Academic Press. 171–189.
- Javadi M, Zarea K (2016) Understanding thematic analysis and its pitfall. *Journal of Client Care* 1:34–40.
- Jayasekara RS (2012) Focus groups in nursing research: methodological perspectives. *Nursing Outlook* 60:411–416.
- Keefe FJ, Affleck G, Lefebvre J, Underwood L, Caldwell DS, Drew J, Egert J, Gibson J, Pargament K (2001) Living with rheumatoid arthritis: the role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping. *The Journal of Pain* 2:101–110.
- Peng-Keller S (2017a) Ansätze ärztlicher Spiritual Care. *Praxis* 106:1339–1343.
- Peng-Keller S (2017b) "Spiritual Care im Werden". Zur Konzeption eines neuen interdisziplinären Forschungs- und Praxisgebiets. *Spiritual Care* 6:187–193.
- Peng-Keller S (2019a) Genealogies of 'spirituality'. An historical analysis of a travelling term. *Journal for the Study of Spirituality* 9:86–98.
- Peng-Keller S (2019b) Spiritual Care im Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts. Vorgeschichte und Hintergründe der WHO-Diskussion um die 'spirituelle Dimension'. In: Peng-Keller S, Neuhold D (Hg.) *Spiritual Care im globalisierten Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und aktuelle Entwicklungen*. Darmstadt: wbg academic. 13–68.
- Kevern P (2012) Who can give 'spiritual care'? The management of spiritually sensitive interactions between nurses and patients. *Journal of Nursing Management* 20:981–989.
- Kitzinger J (1994) The methodology of focus groups – the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness* 16:103–121.

- Koesling D, Kieselbach K, Bozzaro C (2019) Chronischer Schmerz und Gesellschaft: Soziologische Analyse einer komplexen Verschränkung. *Schmerz. J. Der Schmerz* 33:220–225.
- Liefbroer AI, Olsman E, Ganzevoort RR, van Etten-Jamaludin FS (2017) Interfaith spiritual care: a systematic review. *Journal of Religion and Health* 56:1776–1793.
- Lincoln YS (1995) Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research. *Qualitative Inquiry* 1:275–289.
- Mills S, Nicolson KP, Smith BH (2019) Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*. doi: 10.1016/j.bja.2019.03.023. [Epub].
- Mills S, Torrance N, Smith BH (2016) Identification and management of chronic pain in primary care: a review. *Current Psychiatry Reports* 18:22.
- Morgan DL (1996) Focus groups. *Annual Review of Sociology* 22:129–152.
- Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ (2017) Thematic analysis: striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*. doi.org/10.1177/1609406917733847. [Epub].
- O'Brien T, Breivik H (2012) The impact of chronic pain – European patients' perspective over 12 months. *Scandinavian Journal of Pain* 3:23–29.
- Ojala T, Hakkinen A, Karppinen J, Sipila K, Suutama T, Piirainen A (2015) Although unseen, chronic pain is real – A phenomenological study. *Scandinavian Journal of Pain* 6:33–40.
- Plummer-D'Amato P (2008) Focus group methodology part 2: considerations for analysis. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 15:123–129.
- Rippentrop EA, Altmair EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ (2005) The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain* 116:311–321.
- Shenton AK (2004) Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information* 22:63–75.
- Siddall PJ, Lovell M, MacLeod R (2015) Spirituality: what is its role in pain medicine? *Pain Medicine* 16:51–60.
- Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giambardino MA, Kaasa S, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JWS, Wang S-J (2015) A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* 156:1003–1007.
- Wachholtz AB, Keefe FJ (2006) What physicians should know about spirituality and chronic pain. *Southern Medical Journal* 99:1174–1175.
- Wachholtz AB, Pearce MJ (2009) Does spirituality as a coping mechanism help or hinder coping with chronic pain? *Current Pain and Headache Reports* 13:127–132.
- Wachholtz AB, Pearce MJ, Koenig H (2007) Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *Journal of Behavioral Medicine* 30:311–318.
- World Health Organization (1984) *Spiritual aspects of health*. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia.
- Zumstein-Shaha M, Alder J (2018) Welche Fachpersonen zeigen sich in der Literatur zuständig für die spirituellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten? *Spiritual Care* 7:281–291.

Biografische Angaben

Horst Rettke

Dr. Horst Rettke arbeitet als Klinischer Pflegewissenschaftler am Zentrum für Klinische Pflegewissenschaft, UniversitätsSpital Zürich. Seine Expertise schliesst quantitative und qualitative Forschungsmethoden ein mit Schwerpunkt Fokusgruppen. Seine Forschungsschwerpunkte umfassen Pflegekontextfaktoren, Schlaganfallrehabilitation, interprofessionelle Zusammenarbeit und spirituelle Bedürfnisse.

Rahel Naef

Dr., arbeitet als klinische Pflegewissenschaftlerin am Zentrum für Klinische Pflegewissenschaft am UniversitätsSpital Zürich. Ihre Forschungstätigkeit fokussiert sich auf den Unterstützungsbedarf von Familien kritisch und chronisch erkrankter Menschen, die Wirksamkeit von pflegerischen Familieninterventionen sowie die Umsetzung familienzentrierter Versorgungsmodellen.

Michael Rufer

Prof. Dr. med., Chefarzt und stv. Klinikdirektor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich. Im Jahr 2013 Berufung zum außerordentlichen Professor ad personam für Psychotherapie und Psychosomatik an der Universität Zürich. Im Mittelpunkt seiner Forschungstätigkeit stehen psychosoziale und biologische Aspekte der Psychotherapie und Psychosomatik.

Simon Peng-Keller

Prof. Dr. theol., Professur für Spiritual Care, Theologische Fakultät, Universität Zürich, Schweiz